# Su Guía de Medicare

1987

PUBS
RA
412
.3
Y688
1987

#3

LA
412.3
Y688
1987

# CONTENIDO

PAGINA

Cómo usar Su Guía de Medicare . . . . . 2
Qué es Medicare . . . . . 3
Su tarjeta de Medicare . . . . . 4
Quién puede proveer servicios y suministros . . . . . 4
Algunas reglas importantes . . . . . 6
Organizaciones de Revisión de Normas Profesionales . . . . . 7
Línea de Emergencia para Fraude y Abuso . . . . . 8

SEGURO DE HOSPITAL . . . . . 8
- Sistema de Pago Presunto . . . . . 9
- Cuando usted es un paciente hospitalizado . . . . . 10
- Cuidado de paciente internado en una instalación de enfermería especializada . . . . . 14
- Cuidado de hospicio . . . . . 17
- Servicios de salud en el hogar . . . . . 35
- Lo que Medicare paga por sangre . . . . . 36

SEGURO MEDICO . . . . . 20
- Cargos aprobados . . . . . 21
- Cómo se efectúan los pagos . . . . . 23
- Servicios de médicos . . . . . 26
- Servicios de paciente externo:
  - Hospital . . . . . 28
  - Terapia física y patología del habla . . . . . 29
  - Cirugía . . . . . 30
  - Servicios amplios de rehabilitación . . . . . 31
- Otros servicios y accesorios . . . . . 31
- Servicios de salud en el hogar . . . . . 35
- Lo que Medicare paga por sangre . . . . . 36
- Radicación de reclamaciones:
  - Cómo someter reclamaciones . . . . . 45
  - Dónde enviar reclamaciones . . . . . 48

Su derecho a apelar . . . . . 37
Si usted es miembro de un plan de pago adelantado . . . . . 38
Lo que Medicare no cubre . . . . . 39
Cómo obtener la parte de Medicare que usted no tiene . . . . . 41
Acontecimientos que pueden terminar su protección de Medicare . . . . . 42
Otra protección de seguro de salud . . . . . 43

## COMO USAR SU GUIA DE MEDICARE

Esta es *Su Guía de Medicare*. La misma describe lo que es el Medicare y cómo funciona. Guarde esta guía donde pueda encontrarla. Así, cuando necesite servicios médicos, podrá usar la guía para averiguar si los servicios que necesite están cubiertos por el Medicare y cómo se harán los pagos.

El Medicare ayudará a pagar por muchos de los gastos de servicios de salud, pero no por todos. Usted debe saber por anticipado qué gastos no cubre el Medicare. En las páginas 39 y 40 hay una lista de los servicios y accesorios que el Medicare no puede pagar y algunos que el Medicare puede pagar pero sólo bajo ciertas condiciones.

En la página 45 se explica cómo radicar sus reclamaciones de seguro médico, y comenzando en la página 48 hay una lista de direcciones que indica adonde enviar sus reclamaciones.

En la página 37 se describe lo que tiene que hacer si cree que hay un error en la decisión del Medicare o en la cantidad del pago.

En la página 38 se describen los planes de pago adelantado (HMOs).

Según lea la guía verá al lado de algunas palabras asteriscos(*). El asterisco indica que hay una explicación al pie de la página con información adicional.

Hay un suplemento de esta guía que explica la protección y el pago de los servicios para la diálisis y trasplante del riñón. Si está recibiendo estos servicios, póngase en contacto con cualquier oficina de Seguro Social para obtener una copia de este suplemento.

La mayor parte de la información en la guía estará correcta por mucho tiempo, pero alguna podrá cambiar. Según ocurran cambios, lo mantendremos informado. Pero, si tiene alguna pregunta o si no puede encontrar en esta guía la información que busca, llame a una oficina de Seguro Social o a su intermediario de Medicare.

Las oficinas locales de Seguro Social aparecen en la guía telefónica bajo "Social Security Administration." Los intermediarios de Medicare aparecen en las páginas 49-55 de esta guía.

## QUE ES MEDICARE

Medicare es un programa Federal de seguro de salud para personas de 65 años o más y para ciertas personas incapacitadas. Está dirigido por la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud. Las oficinas locales de la Administración del Seguro Social toman las solicitudes de Medicare y proveen información sobre el programa.

El Medicare consiste de dos partes—*seguro de hospital* y *seguro médico*. *El seguro de hospital* puede ayudar a pagar por el cuidado médico necesario de un paciente hospitalizado, por el cuidado de un paciente en una institución de enfermería especializada, por los servicios de salud en el hogar y por cuidado de hospicio. *El seguro médico* puede ayudar a pagar por servicios de médicos facultativamente necesarios, servicios de hospital para pacientes externos, y un número de otros servicios médicos y suministros que no están cubiertos por la parte del seguro de hospital de Medicare. El seguro médico puede también ayudar a pagar por servicios de salud en el hogar.

El Medicare no paga el costo completo de algunos servicios cubiertos. Las cantidades que el Medicare no paga se describen en esta guía. Según aumenta el costo del cuidado de la salud en general, puede que aumenten estas cantidades. Si esto ocurre, se lo notificaremos. Para las personas con ingresos muy bajos, puede que el programa de Medicaid en sus Estados pague las cantidades que el Medicare no paga y algunos gastos de servicios de salud que no están cubiertos por el Medicare. Para información acerca de seguros de salud privados para suplementar el Medicare, vea la página 43.

Los pagos de Medicare son manejados por organizaciones privadas de seguros bajo contrato con el Gobierno. Las organizaciones que manejan las reclamaciones de hospitales, instituciones de enfermería especializada, y agencias de servicios de salud en el hogar se denominan *intermediarios*. Hay otras organizaciones de intermediarios que manejan las reclamaciones de médicos y otros abastecedores de servicios cubiertos bajo el seguro médico de Medicare. Estas organizaciones se llaman "*carriers*."

## SU TARJETA DE MEDICARE

No deje de guardar la tarjeta de seguro de salud que le enviamos por correo. La tarjeta muestra la protección que tiene bajo el Medicare (seguro de hospital, seguro médico, o ambos) y la fecha en que su protección empezó. Si no tiene ambas partes de Medicare, vea la página 41 para averiguar cómo podrá obtener la parte que no tiene.

La tarjeta indica también el número de reclamación de su seguro de salud. El número de reclamación tiene 9 dígitos y una letra. En algunos casos, hay otro número después de la letra. Asegúrese de poner su número completo de reclamación en todas las reclamaciones de Medicare y correspondencia. Si un esposo y esposa tienen Medicare, ambos reciben tarjetas distintas y diferentes números de reclamación. Cada uno debe usar el nombre y número de reclamación tal como aparecen en la tarjeta de él o de ella.

### Cosas importantes que recordar

- Siempre enseñe su tarjeta de Medicare cuando reciba servicios que el Medicare puede ayudar a pagar.
- Escriba siempre su número de reclamación del seguro de salud (incluyendo la letra) en todas las cuentas que envíe y en cualquier correspondencia sobre Medicare. También tenga a mano su tarjeta de Medicare cuando pida información por teléfono.
- Lleve con usted su tarjeta siempre que salga de la casa. Si alguna vez la pierde, pida en seguida en la oficina de Seguro Social que le den una nueva.
- No use su tarjeta de Medicare antes de la fecha indicada en su tarjeta.
- Tarjetas de Medicare hechas de metal o plásticas, que venden algunos fabricantes, no substituyen la tarjeta emitida oficialmente por Medicare.

## QUIEN PUEDE PROVEER SERVICIOS O SUMINISTROS BAJO MEDICARE

Las organizaciones y los profesionales que proveen servicios para el cuidado de la salud a beneficiarios de Medicare deben reunir todos los requisitos para obtener la licencia de las

autoridades de salud locales o del Estado. Las organizaciones y personas que se muestran a continuación también tienen que reunir los requisitos de Medicare antes de que se puedan efectuar pagos por sus servicios:

- Hospitales
- Instalaciones de enfermería especializada
- Agencias de servicios de salud en el hogar
- Programas de hospicio
- Laboratorios independientes de diagnóstico y organizaciones que suministran servicios de rayos-X
- Organizaciones que suministran terapia física a pacientes externos y servicios de patología del habla
- Instituciones que suministran servicios quirúrgicos para pacientes externos
- Instituciones con servicios amplios de rehabilitación para pacientes externos
- Compañías de ambulancias
- Quiroprácticos
- Terapeutas físicos independientes (los que suministren servicios en el hogar de usted o en las oficinas de ellos)
- Instalaciones que proveen diálisis de riñón o servicios de trasplante
- Clínicas rurales de salud

Todos los hospitales, instalaciones de enfermería especializada y agencias de servicios de salud en el hogar que participen en el programa de Medicare deben obrar de acuerdo con el título VI de la Ley de Derechos Civiles, que prohibe discriminación debido a raza, color u origen nacional.

Excepto por ciertas situaciones que se describen más adelante en esta guía, el Medicare no puede pagar por el cuidado que reciba de un hospital, instalación de enfermería especializada, agencia de servicios de salud en el hogar, u hospicio que no sean participantes.

Debe de estar siempre seguro que las personas o las organizaciones que suministran servicios estén aprobadas para pagos de Medicare. Si no está seguro, pregúnteles.

## ALGUNAS REGLAS IMPORTANTES

Según la ley, el Medicare no cubre cuidado custodial o cuidado que no es "razonable y necesario" para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.* Estas reglas se explican abajo.

### *Dispensa de responsabilidad

Hay una disposición en la ley de Medicare que dice que usted no será responsable de pagar por dicho cuidado si razonablemente no podía esperarse que usted supiera que estos servicios no estaban cubiertos por Medicare. Esta disposición se llama "dispensa de responsabilidad del beneficiario." Esta dispensación se hace solamente cuando el cuidado no está cubierto por tratarse de cuidado custodial o porque no era razonable o necesario para el diagnóstico o tratamiento. La disposición de dispensa no se aplica a reclamaciones de seguro médico a menos que el médico u otra persona que suministró los servicios acepte el pago bajo el método de asignación (vea la página 23).

### Cuidado que es custodial

El cuidado se considera custodial cuando es primordialmente para atender necesidades personales y puede ser provisto por personas sin adiestramiento o habilidad profesional. Por ejemplo, el cuidado custodial incluye ayuda para caminar, acostarse o levantarse, bañarse, vestirse, comer y tomar medicinas. Aun cuando esté en un hospital o instalación de enfermería especializada participante o esté recibiendo cuidado de una agencia de salud en el hogar participante, el Medicare no cubre su cuidado si el mismo es mayormente custodial.

### Cuidado que no es razonable y necesario

Si un médico lo interna en un hospital o en una instalación de enfermería especializada cuando la clase de cuidado que usted necesita pueda ser provista en otra parte, su estadía no será considerada razonable y necesaria. En ese caso, el Medicare no podrá cubrir su estadía. Si usted permanece en

un hospital o instalación de enfermería especializada por un tiempo más largo que el necesario, los pagos de Medicare terminarán cuando el cuidado adicional como paciente hospitalizado no sea ya razonable y necesario.

Si un médico (u otro practicante) viene a darle tratamiento, o usted le visita para tratamiento con más frecuencia que lo normal en su región, el Medicare no cubrirá la visita "extra" a menos que hayan complicaciones médicas. El Medicare no puede cubrir más servicios que los que sean razonables y necesarios para su tratamiento. Cualquier decisión de esa índole se basa siempre en el consejo médico profesional.

**Organizaciones de Revisión de Normas Profesionales**

Las Organizaciones de Revisión de Normas Profesionales (PROs) son grupos de médicos que ejercitan su profesión y son pagados por el gobierno Federal para revisar el cuidado hospitalario de pacientes bajo Medicare. Estas organizaciones (PROs) existen en cada Estado para ayudar al Medicare decidir si el cuidado de pacientes hospitalizados es razonable y necesario, provisto en un ambiente apropiado, y reúne las normas de calidad aceptadas por la profesión médica. En algunos casos de cirugía, las organizaciones PROs requerirán una segunda opinión (Medicare pagará el costo de la segunda opinión).

Además, PROs responden a las solicitudes de revisiones de las decisiones de hospital o de reconsideraciones de las decisiones de PRO respecto a estadías de hospital. También investigan quejas individuales de pacientes.

Si usted cree que le han rehusado impropiamente admisión en un hospital o que lo han forzado a salir del hospital demasiado pronto, pida una explicación escrita de la decisión. Las regulaciones del Medicare requieren que dicho aviso por escrito explique completamente cómo puede apelar la decisión y debe darle a usted el nombre, dirección y teléfono de la Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO) donde su apelación o su solicitud para una revisión puede ser sometida.

**Línea de emergencia para fraude y abuso**

Si tiene alguna razón para creer que un médico, hospital u otro proveedor de servicios para el cuidado de la salud está desempeñando servicios innecesarios o inapropiados, o está cobrando al Medicare por servicios que usted no recibió, ha sido instalada una línea de emergencia gratis por el Inspector General de modo que usted pueda informar cualquier prueba de ese fraude, despilfarro, o abuso del programa de Medicare.

El número gratis es: *(800) 368-5779*. En Maryland llame al (800) 638-3986 o (301) 597-0724 en el área de Baltimore. Si usted prefiere enviar sus quejas por escrito, la dirección es: HHS, OIG, Hot Line, P.O. Box 17303, Baltimore, Maryland 21203-7303.

*No* llame a la Línea de Emergencia para hacer preguntas sobre sistemas o preguntas respecto a reclamaciones o pagos atrasados.

## SEGURO DE HOSPITAL

### SU SEGURO DE HOSPITAL DE MEDICARE

El seguro de hospital de Medicare ayuda a pagar por cuatro clases de cuidado. Las cuatro clases de cuidado son (1) cuidado de paciente hospitalizado, (2) cuidado facultativamente necesario como paciente internado en una instalación de enfermería especializada después de una estadía en el hospital, (3) servicios de salud en el hogar, y (4) cuidado de hospicio.

Hay un límite en el número de días de cuidado en un hospital o en una instalación de enfermería especializada que el Medicare puede ayudar a pagar durante cada período de beneficios. Pero, su protección de seguro de hospital se renueva cada vez que usted empieza un nuevo período de beneficio.

Un **período de beneficio** es el modo de medir su utilización de servicios bajo el seguro de hospital de Medicare. Su primer período de beneficio comienza la primera vez que usted es internado en un hospital después que empieza su seguro de hospital. Un período de beneficio termina cuando usted haya

estado fuera de un hospital u otra institución que provea principalmente servicios de enfermería especializada o de rehabilitación por 60 días consecutivos (incluyendo el día de alta). No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficio que usted pueda tener por el cuidado en un hospital o institución de enfermería especializada. Pero, se aplican períodos limitados especiales al cuidado de hospicio (vea la página 17).

El seguro de hospital de Medicare pagará la mayoría pero no todos los servicios que usted reciba en un hospital o instalación de enfermería especializada o de una agencia de salud en el hogar o del programa de hospicio. Hay servicios cubiertos y no cubiertos bajo cada clase de cuidado. Los servicios cubiertos son servicios y suministros por los cuales el seguro de hospital puede pagar.

Usted no tiene que enviarnos ninguna cuenta por el cuidado recibido de un hospital participante, instalación de enfermería especializada, agencia de servicios de salud en el hogar, u hospicio. El Medicare pagará su parte de los costos directamente al lugar donde usted haya recibido el cuidado.

Siempre que un hospital, instalación de enfermería especializada o agencia de salud en el hogar envía al Medicare una reclamación de seguro de hospital para su pago, usted recibirá un *Aviso de Beneficios de Medicare* explicando la decisión tomada en su reclamación e indicando los servicios pagados por Medicare. Si tiene alguna pregunta respecto al aviso, comuníquese con el intermediario o llame a una oficina de Seguro Social.

**El Sistema de Pago Presunto**

En 1983, Medicare empezó a usar un nuevo sistema de pagar la mayoría de hospitales (excepto hospitales en Maryland y New Jersey). Bajo el Sistema de Pago Presunto se les paga ahora a los hospitales cantidades fijas basadas en los diagnósticos principales por cada estadía de hospital de Medicare. En algunos casos, el pago de Medicare será más que los costos del hospital; en otros casos, el pago será menos que los costos de hospital. En casos especiales, donde los costos de

cuidado necesario son extraordinariamente altos, o el período de la estadía es de una duración extraordinaria, el hospital recibe un pago adicional.

Es importante recordar que este nuevo sistema *no* cambia su protección de seguro de hospital de Medicare según se describe en esta Guía. No determina la duración de su estadía en el hospital ni el grado de cuidado que usted recibe. La ley requiere que los hospitales acepten los pagos de Medicare como pagos completos, y les está prohibido a los hospitales cargarle a un paciente de Medicare por ninguna otra cosa que el deducible aplicable y las cantidades del coaseguro, más cualquier cantidad adeudada por artículos o servicios no cubiertos, tales como televisión, enfermeras privadas, o cuidado custodial.

## CUANDO USTED ES UN PACIENTE HOSPITALIZADO

El seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar por el cuidado de un paciente hospitalizado si se reúnen *todas* las cuatro condiciones siguientes: (1) un médico receta cuidado como paciente hospitalizado para el tratamiento de una enfermedad o lesión, (2) usted necesita la clase de cuidado que sólo puede ser suministrado en un hospital, (3) el hospital participa en el Medicare, y (4) el Comité de Revisión de Utilización del hospital o una Organización de Revisión de Normas Profesionales no desaprueba su estadía.

El seguro de hospital puede ayudar a pagar hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria durante cada período de beneficio.

Durante 1987, desde el primer día hasta que se cumplen los 60 días en cada período de beneficios, el seguro de hospital paga por todos los servicios cubiertos *excepto los primeros $520*. Esto se llama el deducible de seguro de hospital. El hospital puede cargarle la cantidad del deducible sólo por su primera admisión en cada período de beneficio. Si le dan de alta y luego lo vuelven a admitir antes que termine el período de beneficio, usted no tiene que pagar el deducible de nuevo.

Desde los 61 días hasta los 90 en un período de beneficio, el seguro de hospital paga por todos los servicios cubiertos *ex-*

*cepto $130 por día.* El hospital puede cargarle por los $130 diarios.

En la página 12 se explica cómo los días de reserva de hospital pueden ayudarle con sus gastos si alguna vez necesita más de 90 días de cuidado de hospitalización en un período de beneficio.

El seguro de hospital *no* cubre los servicios de su médico aun cuando los reciba en un hospital. Los servicios de médicos están cubiertos por el seguro médico de Medicare. En la página 19 se explica cómo el seguro médico ayuda con las cuentas de médicos.

**Servicios mayores cubiertos cuando usted es paciente hospitalizado**
*El seguro de hospital de Medicare puede pagar por estos servicios*

1 Un cuarto semiprivado (2 a 4 camas en un cuarto)
2 Todas sus comidas, incluyendo dietas especiales
3 Servicios regulares de enfermería
4 Costos de unidades de cuidado especial, tales como unidad de cuidado intensivo, unidad de cuidado coronario, etc.
5 Drogas suministradas por el hospital durante su estadía
6 Transfusiones de sangre suministradas por el hospital durante su hospitalización (vea la página 36 para información sobre lo que Medicare paga por sangre)
7 Exámenes de laboratorio incluídos en su cuenta del hospital
8 Rayos-X y otros servicios de radiología, incluyendo terapia de radiación, incluídos en su cuenta de hospital
9 Suministros médicos tales como enyesados, vendajes quirúrgicos y entablillados
10 Uso de accesorios tales como sillón de ruedas
11 Costos de la sala de operaciones y sala de recuperación, incluyendo costos de hospital por servicios de anestesia
12 Servicios de rehabilitación, tales como terapia física, terapia ocupacional y servicios de patología del habla

**Algunos servicios no cubiertos cuando usted es un paciente hospitalizado**
*El seguro de hospital de Medicare* no puede *pagar por estos servicios*

1 Artículos de conveniencia personal que usted haya solicitado, tales como televisión, radio, o teléfono en su cuarto
2 Enfermeras privadas
3 Cualquier cargo extra por cuarto privado, a menos que se determine que es médicamente necesario

**Días de reserva como paciente hospitalizado**

Anteriormente dijimos que el Medicare le ayuda a pagar su cuidado en un hospital hasta por 90 días en cada período de beneficio. Pero, ¿qué ocurre si tiene una enfermedad prolongada y tiene que permanecer en el hospital por más de 90 días? El seguro de hospital de Medicare incluye 60 días extras de hospitalización que usted puede usar si esto ocurre. Estos días extras se llaman días de reserva. Durante 1987, el seguro de hospital paga por todos los servicios cubiertos *excepto $260 diarios* por cada día de reserva que use. Usted es responsable por estos $260. *Una vez que usted usa un día de reserva nunca lo recupera.* Los días de reserva *no* pueden ser renovados como sus 90 días de hospitalización en cada período de beneficio.

Como usted tiene sólo 60 días de reserva para toda su vida, usted puede decidir cuándo quiere usarlos. Después que haya estado en el hospital 90 días, usted puede usar el total de 60 días de reserva de una vez si tiene que permanecer en el hospital tanto tiempo. Pero usted no tiene que usar sus días de reserva enseguida si no quiere. Quizás usted tenga un seguro privado que ayude a pagar su cuenta de hospital si una enfermedad le retiene en el hospital por más de 90 días. Si usted no quiere usar sus días de reserva, debe notificar con anticipación al hospital por escrito. Si no lo hace así, los días extras que necesita estar en el hospital serán rebajados automáticamente de sus días de reserva.

**Cuidado en un hospital de los EE.UU. no participante**

Generalmente, el seguro de hospital de Medicare puede ayudar con sus cuentas sólo si usted es paciente en un hospital participante. Pero, el seguro de hospital puede ayudarle a pagar por el cuidado en un hospital calificado no participante si (1) usted es admitido en el hospital no participante para tratamiento de emergencia y (2) el hospital no participante es el más cercano adonde dirigirse que cuenta con el equipo necesario para atender la emergencia. Bajo Medicare, tratamiento de emergencia significa un tratamiento que se necesita inmediatamente para evitar la muerte o un serio perjuicio a la salud.

Si el hospital elige someter la reclamación para el pago de Medicare, el Medicare pagará directamente al hospital, excepto por cualquier deducible o cantidad de coaseguro. Si el hospital no somete la reclamación, usted puede someterla y recibir el pago. Cualquier oficina de Seguro Social puede ayudarle a radicar la reclamación. El seguro de hospital puede pagar por aproximadamente las dos terceras partes del costo de la estancia de un paciente cubierto en un hospital calificado no participante.

**Cuidado en un hospital psiquiátrico**

El seguro de hospital puede ayudar a pagar por *no más de* 190 días de cuidado en un hospital psiquiátrico participante durante su vida. Una vez que haya usado estos 190 días, el seguro de hospital no puede pagar por ningún otro servicio en un hospital psiquiátrico, aun cuando tenga todavía parte o el total de sus días de reserva.

También hay una regla especial que se emplea si usted está en un hospital psiquiátrico participante cuando su seguro de hospital empieza. Cualquier oficina de Seguro Social puede darle información sobre esta regla especial.

**Cuidado en un hospital extranjero**

Generalmente el Medicare no puede pagar por servicios de hospital o médicos fuera de los Estados Unidos.* Pero, puede ayudar a pagar por el cuidado en hospitales calificados canadienses o mejicanos en tres situaciones. Estas son: (1) usted se

encuentra en los EE.UU. cuando ocurre una emergencia y un hospital canadiense o mejicano está más cerca que el hospital más próximo en los EE.UU. que puede proveer los servicios de emergencia que usted necesita, (2) usted vive en los EE.UU. y un hospital canadiense o mejicano está más cerca de su hogar que el hospital más próximo en los EE.UU. que puede proveer el cuidado que usted necesita, prescindiendo de si existe o no una emergencia, y (3) usted se encuentra en el Canadá viajando por la ruta más directa entre Alaska y otro Estado cuando ocurre una emergencia que requiere que usted sea admitido en un hospital canadiense. (Esta disposición no se aplica si usted está de vacaciones en el Canadá.)

Cuando el seguro de hospital cubre su hospitalización en un hospital canadiense o mejicano, su seguro médico puede cubrir los servicios necesarios de médicos y cualquier uso requerido de ambulancia. Si el hospital no somete la reclamación al Medicare, cualquier oficina de Seguro Social le ayudará a obtener el pago de Medicare por los servicios cubiertos que usted reciba. Si piensa viajar al extranjero, querrá averiguar respecto a la disponibilidad de seguros especiales de salud de corto plazo para viajes al extranjero.

### Cuidado en un sanatorio de Ciencia Cristiana

El seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar por servicios de hospitalización y de enfermería especializada que reciba en un sanatorio de Ciencia Cristiana participante dirigido por, o registrado y certificado por la Primera Iglesia de Cristo, Científico, de Boston. Puede obtener más información en cualquier oficina de Seguro Social.

## CUIDADO DE PACIENTE INTERNADO EN UNA INSTALACION DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA

Después que usted ha estado hospitalizado, el seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar por el cuidado a

---

*Estados Unidos
Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, y las Islas Marianas del Norte se consideran parte de los Estados Unidos, junto con los 50 Estados y el Distrito de Columbia.

paciente admitido en una instalación de enfermería especializada* si su condición requiere diariamente servicios de rehabilitación o de enfermería especializada, los cuales como asunto práctico pueden ser provistos únicamente en una instalación de enfermería especializada.

El seguro de hospital puede ayudar a pagar por el cuidado en una instalación de enfermería especializada si se reúnen *todas* las cinco condiciones siguientes: (1) usted ha estado en un hospital por lo menos 3 días consecutivos (sin contar el día de alta) antes de ser transferido a la instalación de enfermería especializada participante, (2) usted es transferido a la instalación de enfermería especializada porque necesita cuidado por una condición que fue tratada en el hospital, (3) usted es admitido en la instalación dentro de un corto plazo (generalmente dentro de 30 días) después de haber salido del hospital, (4) un médico certifica que usted necesita, y realmente recibe, servicios de enfermería especializada o de rehabilitación especializada diariamente, y (5) el intermediario de Medicare o el Comité de Revisión de Utilización de la instalación no desaprueba su estadía.

*Todas* las cinco condiciones deben reunirse. Pero es especialmente importante recordar el requisito concerniente a que usted debe necesitar cuidado de enfermería especializada o servicios de rehabilitación diariamente.

---

***Instalación de enfermería especializada**
Una instalación de enfermería especializada es una instalación especialmente calificada que cuenta con el personal y equipo para proveer cuidado de enfermería especializada o servicios de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados. La mayoría de las instituciones de enfermería en los Estados Unidos *no* son instituciones de enfermería especializada y muchas instituciones de enfermería especializada no están certificadas por Medicare. En algunas instalaciones, sólo ciertas partes participan en Medicare. Si usted no tiene la certeza de que la instalación o parte de la misma participa en Medicare, pregunte a alguien en la instalación o llame a una oficina de Seguro Social.

---

Cuidado de enfermería especializada significa el cuidado que sólo puede ser efectuado por, o bajo la supervisión de, un personal licenciado en enfermería. Los servicios de rehabilitación especializados pueden incluir servicios tales como terapia física efectuada por, o bajo la supervisión de, un terapeuta profesional. El cuidado de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación especializados que usted reciba tienen que estar basados en las órdenes de un médico.

El seguro de hospital *no puede* pagar por su estancia si usted necesita servicios de enfermería especializada o de rehabilitación sólo ocasionalmente, tal como una o dos veces por semana, o si usted no necesita estar en una instalación de enfermería especializada para recibir servicios de rehabilitación especializada. Y el seguro de hospital *no puede* pagar por su estancia si los servicios de rehabilitación ya no están mejorando su condición y pueden ser realizados por otro que no sea un terapeuta físico o un asistente de terapeuta. Además, el seguro de hospital *no puede* pagar por su estadía si está en una institución de enfermería especializada principalmente porque necesita cuidado custodial (vea la página 6).

Cuando su permanencia en una instalación de enfermería especializada está cubierta por Medicare, el seguro de hospital puede ayudar a pagar hasta por un máximo de 100 días en cada período de beneficio, pero *solamente* si necesita cuidado de enfermería especializada o servicios de rehabilitación diariamente por ese período de tiempo.

Si usted sale de una instalación de enfermería especializada y vuelve a ser admitido dentro de 30 días, no tiene que permanecer de nuevo 3 días en el hospital para que su cuidado esté cubierto. Si le quedan algunos de sus 100 días y necesita cuidado de enfermería especializada o servicios de rehabilitación diariamente para continuar tratando la condición por la cual fue tratado durante su estadía previa en la instalación, su cuidado puede ser cubierto.

En cada período de beneficios, el seguro de hospital paga por todos los servicios cubiertos durante los primeros 20 días que esté en una instalación de enfermería especializada. Durante 1987, desde los 21 días hasta los 100, el seguro de hospital paga por todos los servicios cubiertos *excepto por $65*

*diarios.* Esta cantidad puede ser cargada a usted por la institución de enfermería especializada.

El seguro de hospital *no* cubre los servicios de su médico mientras está en una instalación de enfermería especializada. El seguro médico de Medicare cubre los servicios del médico. En la página 20 se describe cómo el seguro médico ayuda con las cuentas de médico.

---

**Servicios mayores cubiertos cuando está en una instalación de enfermería especializada**
*El seguro de hospital de Medicare puede pagar por estos servicios*

---

1 Un cuarto semiprivado (2 a 4 camas en un cuarto)
2 Todas sus comidas, incluyendo dietas especiales
3 Servicios regulares de enfermería
4 Servicios de rehabilitación, tales como terapia física, ocupacional y del habla

---

5 Drogas suministradas por la instalación durante su estadía
6 Transfusiones de sangre suministradas a usted durante su permanencia (vea la página 36 para información sobre esta protección)
7 Suministros médicos tales como entablillados y enyesados
8 Uso de accesorios tal como una silla de ruedas

---

**Algunos servicios no cubiertos cuando usted está en una instalación de enfermería especializada**
*El seguro de hospital de Medicare* no puede *pagar por estos servicios*

---

1 Artículos de conveniencia personal que usted haya solicitado, tales como televisión, radio o teléfono en su cuarto
2 Enfermeras privadas
3 Cualquier cargo extra por cuarto privado, a menos que se considere médicamente necesario

## CUIDADO DE HOSPICIO

El seguro de hospital de Medicare puede ayudar a pagar

---

por cuidado de hospicio si se reúnen *todas* las tres condiciones siguientes: (1) un médico certifica que un paciente padece de una enfermedad mortal, (2) un paciente acepta recibir cuidado de un hospicio* en vez de beneficios usuales del Medicare por la enfermedad mortal, y (3) el cuidado es suministrado por un programa de hospicio certificado por Medicare.

Períodos de beneficios especiales aplican al cuidado de hospicio. El seguro de hospital puede pagar por un máximo de dos períodos de 90 días y un período de 30 días. (Si un paciente aún necesita servicios de hospicio después de haber agotado los períodos de hospicio, el hospicio debe continuar el cuidado a menos que el paciente ya no quiera los servicios de hospicio.)

Durante un período de beneficio de hospicio, el Medicare paga el costo completo de todos los servicios cubiertos por la enfermedad mortal. No hay deducibles ni pagos cooperativos *excepto por parte del costo de drogas para pacientes externos y cuidado de alivio** para paciente internado*. El paciente es

---

***Hospicio**

Un hospicio es una agencia pública u organización privada que está primordialmente dedicada a suministrar alivio de dolores, control de síntomas y servicios de asistencia a personas con una enfermedad mortal y sus familias.

**El **cuidado de alivio** es una estadía de un período corto de un paciente internado que puede ser necesaria para el paciente para darle un descanso temporal a la persona que regularmente asiste con el cuidado en el hogar. El cuidado de alivio de un paciente internado está limitado cada vez a una estadía de no más de cinco días consecutivos.

responsable de pagar el 5 por ciento del costo de drogas para paciente externo o $5 por cada receta, según sea el menor. Por el cuidado de alivio de paciente interno, el paciente paga 5 por ciento del costo, hasta un total de $520 (cantidad en el 1987) durante un período que empieza cuando el plan de hospicio ha sido escogido primero y termina 14 días después que tal cuidado es cancelado.

Mientras recibe cuidado de hospicio, si un paciente requiere tratamiento por una condición no relacionada a la enfermedad mortal, el Medicare continúa ayudando a pagar por todos los servicios necesarios cubiertos bajo el programa de beneficios usuales del Medicare.

---

**Servicios cubiertos cuando suministrados por un hospicio**
*El seguro de hospital de Medicare puede pagar por estos servicios:*

1 Servicios de enfermería
2 Servicios de médicos*
3 Drogas, incluyendo drogas a pacientes externos por alivio de dolores y control de síntomas
4 Terapia física, terapia ocupacional y patología del habla
5 Ayuda de salud en el hogar y servicios domésticos
6 Servicios sociales médicos
7 Accesorios y artefactos médicos
8 Cuidado de corto tiempo a paciente internado, incluyendo cuidado de alivio
9 Asesoramiento

---

*Si su médico particular no trabaja para el programa de hospicio, el seguro médico de Medicare continuará pagando por sus servicios del mismo modo que paga usualmente por otros servicios de médicos (vea la página 22).

**Algunos servicios no cubiertos cuando usted recibe cuidado de un hospicio**

*El seguro de hospital de Medicare* no puede *pagar por estos servicios*

1 Tratamientos que no sean para alivio de dolores ni control de síntomas de su enfermedad mortal
2 Cinco por ciento del costo de drogas para paciente externo o $5 por receta, cualquiera que sea menos
3 Cinco por ciento del costo del cuidado de alivio de paciente internado, hasta un total de $520 (cantidad para el 1987) durante el período descrito en la página 18.

## SEGURO MEDICO

### SU SEGURO MEDICO DE MEDICARE

El seguro médico de Medicare puede ayudar a pagar por (1) servicios de médicos, (2) cuidado de hospital para pacientes externos, (3) servicios de terapia física y patología del habla para pacientes externos, (4) servicios de salud en el hogar, y (5) muchos otros servicios de salud y accesorios que no están cubiertos por el seguro de hospital de Medicare.

Los capítulos siguientes le darán más información sobre estas diferentes clases de cuidado, los servicios que están y no están cubiertos por el seguro médico, y qué parte de sus gastos médicos puede pagar Medicare.

Hay una regla básica de pago bajo el seguro médico. Después que usted tenga $75 de *cargos aprobados* (vea la página 21) por gastos médicos cubiertos en 1987, su seguro médico pagará 80 por ciento de los *cargos aprobados* por cualquier servicio adicional que usted reciba durante el resto del año. Usted es responsable de pagar el 20 por ciento restante.

Sus primeros $75 de gastos cubiertos se denomina el *deducible* del seguro médico. Usted tiene que alcanzar este deducible de $75 solamente una vez en un año. El deducible puede ser alcanzado mediante cualquier combinación de gastos cubiertos. Usted no tiene que alcanzar un deducible distinto por cada clase diferente de servicio cubierto que reciba.

## CARGOS APROBADOS

Los pagos del seguro médico de Medicare *no* están basados en los cargos *actuales* de su médico o abastecedor.* Están basados en lo que la ley define como "cargos razonables"—las cantidades aprobadas por el intermediario (o "carrier") de Medicare. Debido a la forma en que las cantidades aprobadas son determinadas y debido a las altas tasas de inflación en los precios de cuidado médico, los cargos aprobados son a menudo *menos* que los cargos facturados por los médicos y abastecedores. El seguro médico puede pagar solamente el 80 por ciento del cargo aprobado, aunque el mismo sea menos que el cargo real.

El intermediario de Medicare en su área determina los cargos aprobados para servicios y suministros cubiertos bajo un procedimiento prescrito en la Ley de Medicare. Cada año, el intermediario revisa los cargos cobrados por médicos y abastecedores en su área durante el año previo. Basándose en esa revisión, los nuevos cargos aprobados se ponen en vigor aproximadamente el 1 de octubre de cada año.

Los cargos aprobados son determinados del modo siguiente. Primero, el intermediario determina el cargo *acostumbrado* (generalmente el cargo hecho con más frecuencia) por cada médico y abastecedor con respecto a cada servicio o suministro distinto provisto a pacientes en el año natural previo.

Luego, el intermediario determina el cargo *prevaleciente* por cada servicio y suministro cubierto. El cargo prevaleciente es una cantidad lo suficientemente alta para cubrir los gastos acostumbrados en tres de cada cuatro cuentas sometidas en el año anterior por cada servicio y suministro. Sin embargo, los aumentos en cargos prevalecientes por servicios de médicos están limitados de un año a otro por una fórmula de "índice económico" que relaciona los aumentos en honorarios médicos a los aumentos reales en el costo de ejercer su profesión y los aumentos en niveles generales de ganancias.

Entonces, cuando una reclamación de seguro médico es sometida, el intermediario compara los cargos indicados en la reclamación con los cargos acostumbrados y prevalecientes por ese servicio o suministro. El cargo aprobado por el intermediario será o bien el cargo acostumbrado, el cargo prevaleciente, o el cargo real, *cualquiera que sea más bajo.*

Si el cargo hecho por el médico o abastecedor es más alto que el cargo aprobado por el intermediario, eso no significa necesariamente que sus cargos no son razonables. Generalmente, cuando el cargo aprobado de Medicare es más bajo que el cargo efectivo, es debido a que su médico o abastecedor aumentó su cargo recientemente y no ha estado vigente el tiempo suficiente para ser incluído en la revisión anual de Medicare. En otros casos, naturalmente, la cantidad indicada en la cuenta puede ser más alta que la cantidad aprobada porque el médico o abastecedor tiene cargos más altos por un servicio o suministro determinado que la mayoría de otros médicos o abastecedores en su área. O, los médicos en su área pueden haber aumentado algunos de sus cargos a cantidades más altas de las que Medicare puede reconocer

---

***Abastecedores**
Los abastecedores son personas u organizaciones, excluyendo médicos o instituciones del cuidado de la salud, que suministran equipos o servicios cubiertos por el seguro médico. Por ejemplo, las compañías de ambulancias, laboratorios independientes, y organizaciones que alquilan o venden equipo médico se consideran abastecedores.

---

bajo la fórmula de ''índice económico'' en la ley.

## COMO SE EFECTUAN LOS PAGOS DE SEGURO MEDICO

Hay dos maneras de efectuar pagos bajo el seguro médico de Medicare. El pago de seguro médico puede hacerse directamente al médico o al abastecedor. Este método de pago se llama asignación. O, el pago de seguro médico se puede hacer directamente a usted.

### Asignación

El método de asignación, por el cual el médico o abastecedor recibe el pago de seguro médico directamente de Medicare, puede ahorrarle dinero y tiempo. Cuando se usa el método de asignación, el médico o abastecedor está de acuerdo en que su cargo total por el servicio cubierto será el cargo aprobado por el intermediario de Medicare. El Medicare paga entonces a su médico o abastecedor el 80 por ciento de los cargos aprobados, después de haber descontado cualquier parte del deducible de $75 que usted no haya satisfecho. El médico o abastecedor puede cobrarle *solamente* la parte del deducible de $75 que usted no ha satisfecho y por el coaseguro, que es el 20 por ciento restante del cargo aprobado. Además, su médico o abastecedor puede cargarle cualquier servicio que el Medicare no cubra.

### Pago a usted

Si su médico *no* acepta la asignación, el Medicare le paga *a usted* el 80 por ciento del cargo aprobado, después de descontar cualquier parte del deducible de $75 que usted no haya satisfecho. El médico o abastecedor puede pasarle la cuenta por su cargo efectivo aun cuando el mismo no sea el cargo aprobado por el intermediario.

Vea la página 45 para averiguar cómo enviar una reclamación de pago de seguro médico.

### Médicos y abastecedores participantes

Debido a un cambio en la ley de Medicare, los médicos y abastecedores ahora pueden firmar acuerdos como médicos y abastecedores *participantes en el Medicare*. Esto significa que

están de acuerdo en aceptar por anticipado asignaciones de *todas* las reclamaciones de Medicare. Se les da la oportunidad a los médicos y abastecedores de firmar acuerdos de participación cada año.

Los nombres y direcciones de los médicos y abastecedores participantes en el Medicare están enumerados en el "Medicare Participating Physician/Supplier Directory." Se puede obtener este directorio gratis de su intermediario de Medicare (vea las páginas 49-55). También puede encontrarlo en todas las oficinas de Seguro Social, en las oficinas del Estado y regionales de la Administración de la Ancianidad, y en la mayor parte de los hospitales. Además, los médicos y abastecedores participantes en el Medicare pueden exhibir emblemas o certificados que indican que ellos aceptan asignaciones en todas las reclamaciones de Medicare.

**Aviso de Explicación de Beneficios de Medicare**

Después que usted o el médico o abastecedor envía una reclamación de seguro médico, el Medicare le enviará un aviso llamado *Explicación de Beneficios de Medicare* para darle a usted la decisión sobre la reclamación.

Este aviso muestra los servicios que fueron cubiertos, los cargos que fueron aprobados, cuánto fue acreditado a su deducible de $75, y la cantidad pagada por Medicare. Haga el favor de examinar el aviso cuidadosamente. Si usted cree que el pago se hizo por un servicio o suministro que usted no recibió, o si hay alguna duda respecto al pago, puede llamar al intermediario que tramitó la reclamación. Encontrará el número de teléfono del intermediario en el aviso. O, si lo desea, puede llevar el aviso a cualquier oficina de Seguro Social.

## CUANDO USTED ES TRATADO POR UN MEDICO

El seguro médico puede ayudar a pagar por servicios cubiertos que usted reciba de su médico en la oficina de él, en un hospital, en una instalación de enfermería especializada, en su hogar, o cualquier otro lugar en los EE.UU. Su seguro médico podrá también ayudar a pagar por servicios médicos que usted reciba en relación con el cuidado cubierto como paciente hospitalizado en un hospital canadiense o mejicano. Vea la

página 13 para averiguar sobre el cuidado en hospitales canadienses y mejicanos.

Después que haya satisfecho los $75 del deducible de seguro médico, el seguro médico paga el 80 por ciento de las cantidades aprobadas por servicios cubiertos que reciba de su médico.

El pago puede ser efectuado bien a usted o bien a su médico. En la página 23 se describen los dos métodos de pago.

**Obtenga una segunda opinión antes de una operación quirúrgica**

Algunas veces su médico recomendará una operación quirúrgica para el tratamiento de un problema médico. En algunos casos, la cirugía es inevitable. Pero existe una evidencia creciente de que muchas condiciones pueden ser tratadas igualmente bien sin cirugía. Debido a que aún una cirugía menor tiene sus riesgos, recomendamos que usted obtenga una segunda opinión de otro médico para ayudarle a decidir sobre la cirugía. El seguro médico ayudará a pagar por una segunda opinión del mismo modo que paga por otros servicios de médicos.

Su propio médico es el más indicado para referirlo a otro médico. Pero si usted lo desea, puede llamar a "Medicare Second Opinion Referral Center" para obtener nombres y números de teléfono de médicos en su área. El número gratis de larga distancia es 1-800-638-6833 (en Maryland 1-800-492-6603).

**Servicios mayores de médicos cubiertos por el seguro médico**
*El seguro médico de Medicare puede ayudar a pagar por estos servicios*

1 Servicios médicos y quirúrgicos, incluyendo anestesia
2 Exámenes diagnósticos y procedimientos que son parte de su tratamiento
3 Servicios de radiología y patología por médicos mientras usted está hospitalizado
4 Otros servicios que ordinariamente son suministrados en la

oficina del médico y son incluídos en su cuenta, tales como:

- ○ Rayos-X que recibe como parte de su tratamiento
- ○ Servicios de la enfermera en la oficina de su médico
- ○ Drogas y biológicos que no pueden ser autoadministrados
- ○ Transfusiones de sangre y componentes de sangre
- ○ Suministros médicos
- ○ Servicios de terapia física y patología del habla

---

**Algunos servicios de médicos no cubiertos por seguro médico**
*El seguro médico de Medicare* no puede *pagar por estos servicios*

---

1 Exámenes físicos de rutina y exámenes relacionados directamente con los mismos
2 Cuidado de rutina de los pies
3 Exámenes de la vista o el oído para recetar o ajustar espejuelos o audífonos
4 Inmunizaciones (excepto vacunas neumocócicas o inmunizaciones que sean requeridas debido a una lesión o riesgo inmediato de infección)
5 Cirugía plástica a menos que sea necesaria debido a una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo

**Tratamiento de enfermedades mentales de pacientes externos**

Los servicios médicos que usted reciba como paciente externo para el tratamiento de una enfermedad mental están cubiertos bajo una regla especial de pago, *pero la cantidad máxima que el seguro médico puede pagar por estos servicios es $250 en un año*. El pago del seguro médico será menos de $250 si los cargos por esos servicios se usan para satisfacer una parte o el total de su deducible de $75.

**Servicios de quiroprácticos**

El seguro médico ayuda a pagar por sólo una clase de tratamiento suministrado por un quiropráctico licenciado y certificado por Medicare. El *único* tratamiento que puede ser

cubierto es la manipulación de la espina dorsal para corregir una subluxación que puede ser demostrada por rayos-X. El seguro médico *no* paga por ningún otro diagnóstico o servicio terapéutico, incluyendo rayos-X, suministrado por un quiropráctico.

**Servicios de podiatras**

El seguro médico puede ayudar a pagar por cualquier servicio cubierto de un podiatra licenciado, incluyendo la extirpación de verrugas plantares. En el caso de la micosis de las uñas de los pies (una infección causada por hongos), el tratamiento está limitado a una vez cada 60 días a menos que la necesidad médica para tratamientos más frecuentes sea documentada por el médico del paciente.

Generalmente el seguro médico *no* cubre el cuidado de rutina de los pies, tal como el cuidado higiénico; el tratamiento de pies planos o cualquier otra malformación estructural de los pies; y la extirpación de callos, callosidades, y la mayoría de las verrugas. Pero, el seguro médico puede ayudar a pagar por el cuidado de rutina de los pies *si* usted tiene una condición médica que le afecta los miembros inferiores (tales como diabetes severa) que requiera que dicho cuidado sea provisto por un podiatra o un doctor en medicina o en osteopatía.

**Cuidado dental**

El seguro médico puede ayudar a pagar por el cuidado dental *únicamente si* comprende (1) cirugía de la quijada o estructuras relacionadas, (2) el ajuste de fracturas de la quijada o huesos faciales, o (3) servicios que serían cubiertos si fueran suministrados por un médico. Si usted necesita ser hospitalizado debido a la severidad de un tratamiento dental, el Medicare puede cubrir su estadía en el hospital aun cuando el cuidado dental en sí no esté cubierto por el Medicare.

El cuidado en relación con el tratamiento, empastaduras de caries, extracciones o reemplazos de dientes; terapia de raíz dental; cirugía para dientes impactados; y otros tratamientos quirúrgicos relativos a los dientes o a estructuras sosteniendo directamente los dientes *no* están cubiertos.

**Servicios de optometristas**

El Medicare ayudará a pagar los servicios de optometristas para el cuidado de la vista si estos servicios son de los que ya están cubiertos por Medicare y si el optometrista está autorizado legalmente a desempeñar dichos servicios en su Estado. Sin embargo, el Medicare *no* pagará exámenes de rutina de la vista, y pagará el costo de espejuelos o lentes correctivas solamente cuando éstos son recetados después de la cirugía de cataratas (la extirpación del cristalino natural del ojo).

## SERVICIOS DE HOSPITAL COMO PACIENTE EXTERNO

El seguro médico de Medicare ayuda a pagar por servicios cubiertos que usted reciba como paciente externo en un hospital participante para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Cuando usted vaya a un hospital para recibir servicios como paciente externo, no deje de mostrar allí su más reciente *Aviso de Explicación de Beneficios de Medicare*. Con este aviso ellos podrán determinar cuánto del deducible de $75 usted ha satisfecho.

El hospital hará siempre la reclamación para pago de seguro médico. El seguro médico paga al hospital el 80 por ciento de la cantidad aprobada para los servicios cubiertos que usted recibió, después de descontar cualquier parte del deducible de $75 que usted no haya satisfecho. El hospital cargará a usted la parte del deducible que no ha satisfecho más el 20 por ciento de la cantidad aprobada restante.

Si el hospital no sabe cuánto del deducible de $75 usted ha satisfecho y el cargo por los servicios que usted recibió es menos de $75, el hospital puede pedirle que pague la cuenta en su totalidad. La cantidad que usted pague al hospital puede ser acreditada a cualquier parte del deducible que usted no haya satisfecho, y cualquier pago adeudado del seguro médico será pagado directamente a usted.

Bajo ciertas condiciones, el seguro médico puede también ayudar a pagar por el cuidado de emergencia que usted reciba como paciente externo de un hospital no participante.

**Servicios mayores de hospital como paciente externo cubiertos por el seguro médico**
*El seguro médico de Medicare ayuda a pagar por estos servicios.*

1 Servicios en una sala de emergencia o clínica de paciente externo
2 Exámenes de laboratorio cargados por el hospital
3 Rayos-X y otros servicios de radiología cargados por el hospital
4 Suministros médicos tales como entablillados y enyesados
5 Drogas y productos biológicos que no pueden ser auto-administrados
6 Transfusiones de sangre suministradas a usted como paciente externo

**Algunos servicios de hospital como paciente externo no cubiertos por seguro médico**
*El seguro médico de Medicare* no puede *pagar por estos servicios*

1 Exámenes físicos de rutina y exámenes directamente relacionados a dichos exámenes
2 Exámenes de la vista o del oído para recetar o ajustar espejuelos o audífonos
3 Inmunizaciones (excepto vacunas neumocócicas o inmunizaciones requeridas debido a una lesión o riesgo inmediato de infección)
4 Cuidado de rutina de los pies

## SERVICIOS DE TERAPIA FISICA Y PATOLOGIA DEL HABLA COMO PACIENTE EXTERNO

El seguro médico de Medicare puede ayudar a pagar servicios facultativamente necesarios de terapia física y patología del habla como paciente externo. Hay tres maneras diferentes que usted puede recibir estos servicios bajo el seguro médico.

Usted puede recibir servicios de terapia física o patología del habla como parte de su tratamiento en la oficina de un

médico. En este caso, el médico debe incluir el cargo por los servicios en su cuenta. El seguro médico pagará el 80 por ciento de los cargos aprobados después que el deducible anual de $75 haya sido satisfecho. Tanto usted como su médico pueden someter la reclamación según se describe en la página 45.

Usted podrá recibir servicios directamente de un terapeuta físico que practique independientemente, certificado por el Medicare, en la oficina de él o en el hogar de usted si dicho tratamiento está recetado por un médico. Pero, *la cantidad máxima que el seguro médico puede pagar por estos servicios es de $400 en un año.* El pago del seguro médico será menos de $400 si los cargos por estos servicios se usan para satisfacer una parte o el total de su deducible de $75. Tanto usted como el terapeuta físico podrá someter la reclamación según se describe en la página 45.

Usted puede recibir servicios de terapia física o patología del habla como paciente externo de un hospital o instalación de enfermería especializada participante o de una agencia de salud en el hogar, clínica, agencia de rehabilitación, o agencia de salud pública aprobadas por Medicare. Los servicios deben ser suministrados bajo un plan establecido por su médico y revisado periódicamente. Con respecto a servicios de patología del habla de paciente externo, un patólogo del habla puede establecer un plan de tratamiento. La organización que suministre los servicios de salud somete siempre la reclamación y puede cargar a usted solamente la parte del deducible de $75 que usted no haya satisfecho, el 20 por ciento de la cantidad restante aprobada, y cualquier servicio no cubierto.

## SERVICIOS QUIRURGICOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Ciertas operaciones quirúrgicas pueden ser hechas sin peligro a pacientes externos, evitando la necesidad de una estadía como pacientes internos. El Medicare puede pagar por ciertos procedimientos quirúrgicos específicos a pacientes externos que se hagan en un centro quirúrgico certificado por el Medicare. El centro puede estar afiliado a un hospital o puede ser independiente, pero tiene que suministrar sólo servicios quirúrgicos a pacientes externos y debe tener un acuerdo con el Medicare para hacerlos.

Si usted y su cirujano escogen que la operación quirúrgica cubierta sea hecha en tal centro, el Medicare puede pagar al centro el 100 por ciento de la tasa de reembolso determinada por el Medicare por su uso de la institución. El Medicare puede pagar también el 100 por ciento del cargo aprobado por los servicios del cirujano y el anestesista, incluyendo el cuidado preoperativo y postoperativo, *si uno o ambos aceptan la asignación*. En este caso, usted no paga el deducible.

Para averiguar si un procedimiento en particular califica para estas reglas especiales de pago, comuníquese con su intermediario de Medicare.

## INSTITUCIONES CON SERVICIOS AMPLIOS DE REHABILITACION PARA PACIENTES EXTERNOS

Bajo ciertas circunstancias, el Medicare puede ayudar a pagar por servicios que reciba como paciente externo de una institución con servicios amplios de rehabilitación para pacientes externos (CORF). Los servicios cubiertos incluyen servicios de médicos; terapia física, del habla, ocupacional y respiratoria; asesoramiento y otros servicios relacionados. Usted tiene que ser referido por un médico que certifica que usted necesita servicios especializados de rehabilitación, y usted tiene que ir a la institución para recibir los servicios. Para servicios cubiertos, que no sean servicios de salud mental, usted es responsable solamente de pagar el deducible anual y el 20 por ciento de los cargos habituales de la institución. El máximo que el Medicare puede pagar por servicios psiquiátricos de paciente externo es $250 en un año por servicios de médicos y servicios de CORF combinados.

Para averiguar si hay una institución participante con servicios amplios de rehabilitación para pacientes externos en su área, o para más información sobre servicios de CORF, comuníquese con su oficina de Seguro Social más cercana.

## OTROS SERVICIOS Y ACCESORIOS CUBIERTOS POR EL SEGURO MEDICO

El seguro médico de Medicare ayuda también a pagar por otros servicios y accesorios descritos en este capítulo. El seguro médico pagará el 80 por ciento de los cargos aprobados por

estos servicios y accesorios cubiertos después que usted haya satisfecho el deducible anual de $75. Generalmente, cuando estos servicios y accesorios son suministrados por un hospital, instalación de enfermería especializada, o agencia de servicios de salud en el hogar, ellos harán la reclamación. Si no, usted o el abastecedor hace la reclamación. En la página 45 se describe cómo se someten las reclamaciones del seguro médico.

**Servicios de laboratorios independientes**

El seguro médico puede pagar los cargos totales aprobados por exámenes de diagnóstico cubiertos provistos por laboratorios independientes que aceptan asignaciones de Medicare. *Si un médico receta exámenes de un laboratorio que no acepta asignaciones, el Medicare no puede pagar por los exámenes. Para que el Medicare pueda pagar por sus exámenes, cerciórese de pedir al médico que use un laboratorio que acepte asignaciones.* Además, el laboratorio tiene que estar certificado por el Medicare por los servicios que usted reciba. No todos los laboratorios están certificados por el Medicare y algunos laboratorios están certificados solamente para ciertas clases de exámenes. Su médico puede generalmente decirle qué laboratorios están certificados y si los exámenes que prescriba de un laboratorio certificado están cubiertos por el seguro médico.

**Transporte en ambulancia**

El seguro médico puede ayudar a pagar por transporte en ambulancia médicamente necesario, pero *solamente* si (1) la ambulancia, equipo, y personal reúnen los requisitos de Medicare y (2) la transportación en cualquier otro vehículo puede poner en peligro la salud del paciente.

Bajo estas condiciones, el seguro médico puede ayudar a pagar por el transporte en ambulancia desde el lugar donde ocurrió el accidente hasta el hospital, desde su casa hasta el hospital o instalación de enfermería especializada, entre hospitales e instalaciones de enfermería especializada, o de un hospital o instalación de enfermería especializada a su casa. Además, si usted es un paciente de un hospital o instalación de enfermería especializada que no puede proveer los servicios

médicamente necesarios que usted necesita, el seguro médico puede ayudar a pagar por el transporte de ida y vuelta en ambulancia a la instalación apropiada más cercana.

El seguro médico *no puede* pagar por el uso de ambulancia desde su casa a la oficina del médico.

El seguro médico puede ayudar a pagar generalmente por el transporte en ambulancia solamente en su área local. Pero si no hay instalaciones en el área local equipadas para proveer el cuidado que usted necesita, el seguro médico ayudará a pagar por el transporte necesario en ambulancia a la institución más cercana fuera de su área local que pueda proveer el cuidado necesario. Si usted elige ir a otra institución más lejana, el pago de Medicare se basará igualmente en el cargo razonable de transporte a la institución más cercana.

Los servicios de ambulancia necesarios en relación con una estadía cubierta como paciente hospitalizado en un hospital canadiense o mejicano (vea la página 13) podrán ser cubiertos también por el seguro médico.

**Accesorios prostéticos**

El seguro médico ayuda a pagar por accesorios prostéticos necesarios para substituir un órgano interno del cuerpo. Estos incluyen marcapasos cardiacos, lentes correctivos aprobados por Medicare que se necesitan después de una operación de cataratas, bolsas de colostomía o ileostomía y ciertos suministros relacionados, y prótesis de los senos (incluyendo sostenes quirúrgicos) después de una mastectomía. El seguro médico puede ayudar también a pagar por miembros y ojos artificiales y por abrazaderas de piernas, brazos, espalda y cuello. Los zapatos ortopédicos están cubiertos solamente cuando son parte de las abrazaderas de las piernas y el costo está incluído en el cargo del ortopedista. Las dentaduras postizas y otros accesorios dentales *no* están cubiertos.

**Equipo médico durable**

El seguro médico puede ayudar a pagar por equipo médico durable tales como equipo de oxígeno, sillones de rueda, sistemas de diálisis en el hogar y otros equipos facultativamente necesarios que su médico prescriba para usar

en su hogar. (Una institución que provea principalmente servicios de enfermería especializada o de rehabilitación no puede ser considerada como su hogar.)

La decisión de alquilar o comprar equipo médico durable es suya. Pero, al intermediario de Medicare encargado de las reclamaciones de seguro médico en su área se le requiere revisar todas las reclamaciones de equipo médico durable. El intermediario le notificará si decide que el alquiler o compra sería menos costoso para usted y para el programa de Medicare.

Cuando esté decidiendo si alquilar o comprar, pregunte a su médico por cuánto tiempo usted necesitará el equipo y pídale al abastecedor o al detallista una comparación del precio de compra y el estimado de los pagos del alquiler por el período de tiempo que espera necesitar el equipo.

**Servicios de rayos-X portátiles para diagnóstico**

El seguro médico ayuda a pagar los cargos aprobados de servicios de rayos-X portátiles para diagnóstico que usted reciba en su hogar si son ordenados por un médico y *si* son provistos por un abastecedor certificado por Medicare.

**Suministros médicos**

El seguro médico ayuda a pagar también por vendajes quirúrgicos, entablillados, enyesados y suministros médicos similares ordenados por un médico en relación con su tratamiento médico. Esto *no* incluye esparadrapos, antisépticos u otros suministros corrientes de primeros auxilios.

**Vacuna neumocócica**

El seguro médico pagará los cargos completos aprobados para vacuna neumocócica y su administración. El deducible de $75 no se aplica a este servicio.

**Vacuna de Hepatitis B**

El Medicare ayudará a pagar por vacuna de hepatitis B administrada a beneficiarios que se consideran estar a un nivel de riesgo alto o intermedio de contraer la enfermedad.

## SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR BAJO MEDICARE

Si usted necesita servicios especializados de salud a base de tiempo parcial en su hogar por el tratamiento de una enfermedad o lesión, el Medicare puede pagar por visitas de servicios de salud cubiertas, suministradas por agencias participantes de servicios de salud en el hogar.* (Una institución que dispensa principalmente servicios de enfermería especializada o de rehabilitación no podrá ser considerada como su hogar.)

El Medicare puede pagar por visitas de salud en el hogar solamente si se reúnen *todas* las cuatro condiciones siguientes: (1) el cuidado que usted necesita incluye cuidado de tiempo parcial de enfermería especializada, terapia física o terapia del habla, (2) usted está confinado a su hogar, (3) un médico determina que usted necesita servicios de salud en el hogar y prepara un plan de salud en el hogar para usted, y (4) la agencia de salud en el hogar que provee los servicios es participante en el Medicare.

Una vez que se reúnen esas condiciones, o bien el seguro de hospital o el seguro médico puede pagar por todas las visitas de salud en el hogar que se consideren necesarias. Cuando ya no necesite cuidado parcial de enfermería especializada, terapia física, o terapia del habla, el Medicare puede continuar pagando visitas de salud en el hogar *si* usted necesita terapia ocupacional.

El Medicare *no* cubre servicios domésticos generales, la preparación de comidas, ayuda con las compras, ayuda para bañarse o vestirse, u otros servicios de cuidado en el hogar suministrados principalmente para ayudar a las personas con las necesidades personales, familiares o domésticas.

---

**Servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare**
*El Medicare* puede *pagar por estos servicios*

---

1 Cuidado de enfermería especializada a tiempo parcial

---

***Agencia de servicios de salud en el hogar**

Una agencia de servicios de salud en el hogar es una agencia pública o privada que se especializa en dar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos, tales como terapia física, en su hogar.

---

2 Terapia física
3 Terapia del habla

Si usted necesita cuidado de enfermería especializada a tiempo parcial, terapia física o terapia del habla, el Medicare puede pagar también por:

- Terapia ocupacional
- Servicios de asistentes de salud en el hogar a tiempo parcial
- Servicios sociales médicos
- Suministros médicos
- Equipo médico durable (80% del costo aprobado)

---

**Servicios de salud en el hogar no cubiertos por Medicare**
*El Medicare* no puede *pagar por estos servicios*

---

1 Cuidado de enfermería en el hogar a tiempo completo
2 Drogas y productos biológicos
3 Comidas entregadas a su casa
4 Servicios de quehaceres del hogar
5 Transfusiones de sangre

El Medicare paga el costo total aprobado de todas las visitas de salud en el hogar cubiertas. Le podrán cobrar solamente por cualquier servicio o costo que el Medicare no cubre.

La agencia de salud en el hogar someterá la reclamación de pago. Usted no tiene que enviar ninguna cuenta usted mismo.

## LO QUE MEDICARE PAGA POR SANGRE

Tanto el seguro de hospital como el seguro médico pueden ayudar a pagar por sangre (sangre total o unidades de glóbulos rojos concentrados), componentes de sangre, y el costo de elaboración y administración.

Si usted recibe sangre como paciente de un hospital o de una institución de enfermería especializada, el seguro de hospital puede pagar por todos estos costos de sangre, *excepto*

*por cualquier honorario de no reemplazo cargado por las primeras 3 pintas de sangre total o unidades de glóbulos rojos concentrados que hayan sido suministradas en cada período de beneficio.* El honorario de no reemplazo es el cargo que algunos hospitales o instituciones de enfermería especializada hacen por sangre que no es reemplazada.

Usted es responsable de pagar el cargo de no reemplazo por las 3 primeras pintas o unidades de sangre suministradas por un hospital o institución de enfermería especializada. Si a usted le cargan honorarios de no reemplazo, usted tiene la opción de pagar los honorarios o reemplazar la sangre. Si prefiere reemplazar la sangre, puede reemplazarla personalmente o hacer arreglos para que otra persona o un plan de seguro de sangre la reemplace por usted. Un hospital o institución de enfermería especializada *no puede* cobrarle a usted por ninguna de las 3 primeras pintas de sangre que usted reemplace o disponga que sea reemplazada.

El seguro médico puede ayudar a pagar por sangre y componentes de sangre que usted reciba como paciente externo o como parte de otros servicios cubiertos, *excepto por honorarios de no reemplazo cargados por las 3 primeras pintas o unidades recibidas en cada año natural.* Después de haber satisfecho el deducible anual de $75, el seguro médico paga el 80 por ciento de los cargos aprobados para sangre empezando con la cuarta pinta en un año natural.

## SU DERECHO A APELAR

Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cantidad que el Medicare pagará en una reclamación o sobre si los servicios que usted recibió están cubiertos por el Medicare, siempre tiene el derecho a pedir una revisión de la decisión.

Para decisiones relacionadas con estadías en un hospital, usted puede apelar una decisión de seguro de hospital de Medicare pidiendo una revisión por la Organización de Revisión de Normas Profesionales. (Vea la página 7 para una explicación de "Organización de Revisión de Normas Profesionales.") Luego, si usted no está de acuerdo con la decisión de esa organización y la cantidad en disputa es de $200 o más, puede solicitar una audiencia por un Juez de Derecho Administrativo de la Administración del Seguro Social. Casos

de $2,000 o más eventualmente pueden ser apelados ante una Corte Federal.

El proceso de apelación para todos los otros servicios del seguro de hospital (servicios de una instalación de enfermería especializada, servicios de salud en el hogar, y cuidado de hospicio) es algo diferente a lo mencionado arriba. Las solicitudes de revisión con respecto a estos servicios deben ser sometidas al intermediario del Medicare de cada abastecedor o a través de su Oficina de Seguro Social local.

Bajo el seguro médico de Medicare, usted, el médico, o el abastecedor somete la reclamación de pago. El Medicare le enviará un aviso de la decisión tomada en su reclamación. Si no está de acuerdo con la decisión, puede pedir al intermediario de Medicare que manejó la reclamación que haga una revisión. Si después que se ha hecho la revisión aún no está de acuerdo con la decisión, y si la cantidad que el Medicare pagaría si la solicitud de apelación fuese aceptada es más de $100 pero menos de $500, puede solicitar una audiencia con el intermediario. (Para alcanzar la cantidad de $100, usted puede contar otras reclamaciones que han sido revisadas durante los últimos 6 meses.)

Si la cantidad en duda es $500 o más, la audiencia será dirigida por un Juez de Derecho Administrativo de la Administración de Seguro Social. Los casos que tratan de una cantidad de $1,000 o más pueden ser apelados eventualmente a una corte Federal.

El aviso que reciba de Medicare informándole sobre la decisión hecha en su reclamación también le explicará exactamente qué pasos puede tomar para pedir una apelación. Si alguna vez necesita más información sobre su derecho a una apelación y cómo solicitarla, llame a cualquier oficina de Seguro Social, al intermediario o "carrier" de Medicare, o a la Organización de Revisión de Normas Profesionales en su Estado.

## SI USTED ES MIEMBRO DE UN PLAN DE PAGO ADELANTADO

Los planes de pago adelantado tienen servicios de salud disponibles para sus miembros de una manera especial. Generalmente, cada miembro paga primas regulares al plan.

El miembro puede entonces recibir servicios de salud que el plan provee, cada vez que los necesite, sin cargo adicional. En algunos planes, se hacen cargos pequeños por ciertos servicios, tales como drogas o visitas al hogar.

Muchos planes de pago adelantado han hecho arreglos con Medicare para recibir pagos directos por servicios que ellos suministran, los cuales están cubiertos bajo la parte de seguro médico de Medicare. Algunos planes de pago adelantado tienen contratos con Medicare como Organizaciones de Mantenimiento de Salud o Planes Médicos Competitivos, y pueden recibir pago directo por servicios cubiertos por el seguro de hospital o seguro médico.

Si usted es miembro de un plan de pago adelantado, pregunte al personal a cargo del plan qué arreglos se han hecho para los pagos de Medicare. Averigüe también lo que usted debe hacer cuando recibe servicios de salud que no son provistos por el plan.

Si usted quiere saber si hay Organizaciones de Mantenimiento de Salud u otros planes de pago adelantado en su área, llame a cualquier oficina de Seguro Social.

## LO QUE EL MEDICARE NO CUBRE

Esta lista alfabética contiene casi todos los servicios y accesorios principales que el Medicare no paga generalmente. Pero, algunos pueden ser cubiertos por el Medicare bajo ciertas condiciones descritas en las páginas indicadas.

Acupuntura

Artículos de conveniencia personal que usted solicite tales como teléfono, radio, o televisión en su cuarto en un hospital o instalación de enfermería especializada

Audífonos y exámenes del oído para recetar, ajustar, o cambiar audífonos

Cirugía plástica (Vea la página 26)

Comidas entregadas a domicilio

Cuarto privado (Vea la tabla en la página 12 o 17)

Cuidado custodial

Cuidado dental (Vea la página 27)

Cuidado de enfermería en su hogar a base de tiempo completo

Cuidado de rutina de los pies (Vea la página 27)

Cuidado de la salud en el extranjero (Vea la página 13)

Drogas y medicinas que usted mismo compra con o sin receta médica (Vea la página 20)

Enfermeras privadas

Espejuelos y exámenes de la vista para recetar, ajustar, o cambiar espejuelos. (Vea la página 28)

Exámenes físicos de rutina y pruebas directamente relacionadas con dichos exámenes

Inmunizaciones excepto vacunas neumocócicas o inmunizaciones que sean requeridas debido a una lesión o riesgo inmediato de infección

Inyecciones que pueden ser autoadministradas, tales como insulina

Servicios de naturopatía

Servicios de practicantes de Ciencia Cristiana

Servicios desempeñados por parientes inmediatos o miembros de su hogar

Servicios que ni el paciente ni otra persona actuando por él tiene la obligación de pagar

Servicios que no son razonables ni necesarios

Servicios de quehaceres del hogar (Vea la página 20)

Servicios de quiroprácticos (Vea la página 26)

Servicios pagables por uno de los siguientes:

- Compensación Obrera (incluye beneficios de enfermedad pulmonar minera)
- Seguro de Automóvil o de responsabilidad civil
- Planes de salud colectivos del empleador. (Vea la página 44)
- Planes de salud colectivos del empleador para personas con derecho a Medicare solamente a base de enfermedad renal en etapa final
- Otro programa del gobierno

Soportes para los pies

Zapatos ortopédicos a menos que sea parte de una abrazadera de pierna y estén incluídos en el cargo del ortopedista

## COMO OBTENER LA PARTE DE MEDICARE QUE USTED NO TIENE

Si usted tiene seguro de hospital de Medicare, pero no tiene la parte de seguro médico de Medicare, usted puede inscribirse en el seguro médico durante un período general de inscripción. Un período general de inscripción comienza el 1 de enero y sigue hasta el 31 de marzo de cada año. Si usted se inscribe durante un período general de inscripción, su prima mensual será 10 por ciento más alta que la prima básica* por cada período de 12 meses en que pudo haber tenido seguro médico pero no se inscribió. Además, su protección no empezará hasta el 1 de julio del año en que usted se inscriba.

Algunos individuos de 65 años o más tienen seguro médico de Medicare, pero no reúnen los requisitos para tener seguro de hospital sin tener que pagar primas. Si usted está en esta categoría, usted puede obtener seguro de hospital pagando una prima mensual.** Puede inscribirse en el seguro de hospital durante un período general de inscripción—enero 1 al 31 de marzo cada año. Si se inscribe durante un período general más de un año después de su 65 cumpleaños, su prima mensual será un 10 por ciento más que la cantidad de la prima básica. Además, su protección no empezará hasta el primero de julio del año en que se inscriba.

Para más información sobre cantidades de primas, sobrepagos de primas, y cómo obtener la parte de Medicare que usted no tiene, comuníquese con su oficina de Seguro Social o centro de teleservicio.

---

***Prima de seguro médico**

La prima básica de seguro médico es $17.90 al mes hasta el 31 de diciembre 1987. Es posible que esta cantidad cambie el 1 de enero del año próximo.

**Esta prima se aplica *solamente* a personas que no tienen derecho al seguro de hospital a través del Seguro Social o el sistema del Retiro Ferroviario. La prima básica del seguro de hospital es $226 al mes hasta diciembre 31, 1987. Es posible que esta cantidad cambie el 1 de enero del año próximo.

---

## ACONTECIMIENTOS QUE PUEDEN TERMINAR SU PROTECCION DE MEDICARE

### Si usted tiene 65 años o más

Si usted tiene seguro de hospital de Medicare porque tiene derecho a beneficios de Seguro Social en el récord de trabajo de su esposo o esposa, su protección terminará si su derecho a beneficios termina. Si usted tiene seguro de hospital como cónyuge de un empleado Federal, su protección terminará si usted y su cónyuge se divorcian antes de que su matrimonio haya durado 10 años. Si usted tiene seguro de hospital porque tiene derecho a beneficios en su propio récord de trabajo o porque tiene derecho basado en empleo Federal, su protección continuará durante toda su vida.

Su protección de seguro médico terminará si no paga sus primas o si cancela voluntariamente. Si está pensando cancelar su seguro médico, recuerde que es posible que no pueda obtener un seguro privado que ofrezca la misma protección. Además, si usted cancela su seguro médico y decide inscribirse más tarde, su prima será más alta y su protección no empezará hasta el 1 de julio del año en que vuelva a inscribirse.

Si está comprando seguro de hospital, perderá su protección si cancela su seguro médico. Las personas que compran seguro de hospital *tienen que* inscribirse y pagar la prima de seguro médico. Pero, usted puede cancelar su seguro de hospital y aún continuar su seguro médico.

Si desea más información respecto a la cancelación de su protección de Medicare, comuníquese con cualquier oficina de Seguro Social.

### Si usted está incapacitado

Si usted tiene Medicare porque está incapacitado y con derecho a cheques del Seguro Social por incapacidad, su protección terminará si su derecho a beneficios de incapacidad termina porque usted se recupera de su incapacidad antes de los 65 años de edad. Si usted va a trabajar pero está todavía incapacitado, su protección del Medicare podrá continuar por hasta 48 meses después que empiece a trabajar.

Si usted está incapacitado y con derecho a Medicare a base

de su propio empleo Federal o a base del empleo Federal de otra persona, su protección del Medicare terminará si se recupera de su incapacidad antes de cumplir los 65 años. Si usted va a trabajar pero aún está incapacitado, su protección del Medicare podrá continuar por hasta 48 meses.

Si alguna vez quiere cancelar su seguro médico, llame a cualquier oficina de Seguro Social.

**Si usted tiene una enfermedad renal crónica**

Si usted tiene la protección de Medicare debido a una enfermedad renal crónica, esa protección terminará 12 meses después del mes en que termine el tratamiento de diálisis o 36 meses después del mes en que reciba un trasplante de riñón.

Su protección de seguro médico puede terminar antes si usted no paga las primas o si decide cancelarla. Llame a cualquier oficina de Seguro Social si decide cancelar su protección de seguro médico.

## OTRA PROTECCION DE SEGURO DE SALUD

**Comprando seguro de salud suplementario**

El Medicare provee protección básica contra el alto costo del cuidado de la salud, pero no pagará todos sus gastos médicos. Por esta razón, muchas compañías privadas de seguro venden seguros para suplementar al Medicare. El Gobierno Federal *no* vende ni sirve dichos seguros.

Si usted está pensando comprar seguro privado para suplementar su protección de Medicare, sírvase examinar la póliza cuidadosamente. Comuníquese con diferentes compañías y compare sus pólizas. Asegúrese que no sea simplemente una duplicación de su protección de Medicare.

Si quiere ayuda para decidir si ha de comprar seguro privado suplementario, llame a cualquier oficina de Seguro Social y pida el folleto, *Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare*. Este folleto gratis, publicado por la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud, describe las varias clases de seguro suplementario disponible y explica cómo se relacionan con la protección de Medicare.

## SI TIENE SEGURO DE SALUD DE UN PLAN DE UN EMPLEADOR:

### Si usted trabaja después de los 65 años

A los empleadores con 20 o más empleados se les requiere que ofrezcan a los empleados y sus cónyuges de 65 años o más los mismos beneficios de salud, bajo las mismas condiciones, que se les ofrecen a los trabajadores más jóvenes. Si usted continúa trabajando después de los 65 años, o si está cubierto bajo un plan del empleador de su esposo o esposa, tiene la opción de aceptar o rehusar el plan de salud del empleador. Si usted lo acepta, el Medicare será el pagador secundario del seguro de salud. Es decir, servirá como suplemento al plan del empleador. Si usted rehusa el plan de seguro del empleador, el Medicare permanecerá siendo el pagador primario del seguro de salud.

### Si usted está incapacitado y tiene menos de 65 años

Si tiene menos de 65 años pero es elegible a Medicare debido a incapacidad (que no sea fallo del riñón), el Medicare será el pagador secundario si usted tiene protección de un plan de salud de empleador. La protección de un plan de empleador puede ser mediante su propio empleo o mediante el empleo de un miembro de su familia, y el empleador debe emplear por lo menos 100 personas. (Aunque su empleador tenga menos de 100 empleados, el Medicare será el pagador secundario si el plan de su empleador incluye un grupo de empleadores, por lo menos uno de los cuales tiene 100 o más empleados.)

### Inscripción Demorada Bajo El Seguro Médico de Medicare

Cuando usted está cubierto bajo un plan de salud de empleador y el Medicare es el pagador secundario, (como se describe en las dos secciones anteriores) usted puede posponer su inscripción en el seguro médico de Medicare (La Parte B) sin penalidad. Su oficina de Seguro Social puede darle más información sobre los *períodos especiales de inscripción* o sobre la inscripción demorada en el seguro médico de Medicare.

**Si Usted Sufre de Insuficiencia Renal Permanente**

Si usted es elegible a Medicare debido a insuficiencia renal permanente y tiene la protección de un plan de salud de un empleador, el Medicare será el pagador secundario durante un período inicial de hasta 12 meses. Al final del período inicial de 12 meses, el Medicare será el pagador primario.

**Pase la Cuenta Primero al Plan del Empleador Si Es el Pagador Primario**

Si el plan del empleador es el pagador primario, usted o su médico debe hacer la reclamación primero con el plan del empleador. Si el plan del empleador no paga la cuenta en su totalidad, una reclamación debe enviarse a Medicare para que se haga un pago suplementario.

Para más información, comuníquese con su empleador o pida en cualquier oficina de Seguro Social un ejemplar gratis de *Medicare and Employer Health Plans.*

## COMO SOMETER RECLAMACIONES DE SEGURO MEDICO

Un formulario de *Solicitud del Paciente para Pago de Medicare,* llamado también Forma 1490S, tiene que ser sometido al intermediario de Medicare para que sean pagados los servicios de médicos y abastecedores cubiertos por el seguro médico. Todas las oficinas de Seguro Social e intermediarios de Medicare, y la mayoría de las oficinas de médicos, tienen ejemplares de este formulario. Al dorso del mismo aparecen las instrucciones de cómo llenarlo.

Si el médico o abastecedor es participante de Medicare o usa el método de pago de asignación, él o ella someterá la reclamación.

Si el médico o abastecedor no acepta la asignación, usted somete la reclamación usando la *Solicitud del Paciente para Pago de Medicare.* Complete y firme el formulario *y* adjunte las cuentas detalladas por los servicios que recibió.

La cuenta detallada *tiene que* indicar (1) la fecha en que recibió los servicios, (2) el lugar donde recibió los servicios, (3) una descripción de los servicios, (4) el cargo por cada servicio, (5) el médico o abastecedor que rindió los servicios, y (6) su nombre *y* su número de reclamación de seguro de salud, *in-*

*cluyendo* la letra al final del número. Si la cuenta no incluye toda esta información, su pago se demorará. También es conveniente que la naturaleza de su enfermedad (diagnóstico) aparezca en la cuenta. Si usted está haciendo una reclamación por el alquiler o compra de un equipo médico durable, debe incluir la cuenta del abastecedor *y* la prescripción del médico. La prescripción debe indicar el equipo que usted necesita, la razón médica por la cual se necesita, y el tiempo aproximado que el equipo será médicamente necesario.

Usted puede someter un número de cuentas detalladas en una sola *Solicitud del Paciente para Pago de Medicare.* No importa si todas las cuentas son de un médico o abastecedor o de diferentes personas que le prestaron servicios a usted. Usted puede enviar las cuentas antes o después de haberlas pagado.

Antes de poder efectuar cualquier pago de seguro médico, su récord debe mostrar que usted ha satisfecho el deducible anual. Así que tan pronto como sus cuentas alcancen $75 en el 1987, envíelas a su intermediario de Medicare con el formulario de *Solicitud del Paciente para Pago de Medicare.* En la página 43 se indica adónde debe enviar su reclamación. Una vez que haya satisfecho los $75 del deducible, le sugerimos que envíe sus cuentas futuras por servicios cubiertos tan pronto las reciba para que los pagos de Medicare puedan efectuarse con prontitud.

Si el total de sus cuentas médicas por el año es menos de $75, el seguro médico no puede pagar ninguna parte de sus cuentas por ese año.

Es una buena idea tener en orden sus reclamaciones de seguro médico en caso que quiera alguna vez averiguar algo respecto a las mismas. Antes de enviar su reclamación, anote la fecha de envío, los servicios recibidos, la fecha y costo de cada servicio, y el nombre de la persona que suministró cada servicio.

**Reclamaciones relacionadas a una persona fallecida**

Cuando alguien que tiene Medicare muere, cualquier pago de seguro de hospital adeudado se pagará directamente al hospital, instalación de enfermería especializada, agencia de

servicios de salud en el hogar, u hospicio que prestó servicios cubiertos.

Se aplican ciertas reglas especiales en relación a servicios cubiertos por seguro médico, dependiendo de si la cuenta del médico o abastecedor ha sido pagada o no.

Si la cuenta fue pagada por el paciente o con fondos de su testamentaría, los pagos se harán al representante de la testamentaría o a un miembro sobreviviente de la familia inmediata del paciente. Si otro que no fuera el paciente pagó la cuenta, el pago puede hacerse a esa persona.

Si la cuenta no ha sido pagada y el médico o abastecedor no acepta la asignación, el pago de seguro médico puede efectuarse a la persona que tiene la obligación legal de pagar la cuenta del paciente fallecido. La persona puede reclamar el pago de seguro médico o bien antes o después de pagar la cuenta.

El intermediario de Medicare o cualquier oficina de Seguro Social puede suministrar información adicional sobre cómo reclamar un pago de seguro médico después que un paciente muere.

**Límites de tiempo para someter reclamaciones**

Según la ley, hay algunos límites de tiempo para someter reclamaciones de seguro médico. Para que el seguro médico efectúe pagos en su reclamación, usted tiene que enviar sus reclamaciones dentro de estos límites de tiempo. Usted siempre puede contar con 15 meses por lo menos para someter reclamaciones. La tabla siguiente indica exactamente cuáles son los límites de tiempo.

| Por servicios que usted reciba entre | Su reclamación tiene que ser sometida para |
|---|---|
| el 1 de octubre de 1985, y el 30 de septiembre de 1986 | el 31 de diciembre de 1987 |
| el 1 de octubre de 1986, y el 30 de septiembre de 1987 | el 31 de diciembre de 1988 |
| el 1 de octubre de 1987, y el 30 de septiembre de 1988 | el 31 de diciembre de 1989 |

## DONDE ENVIAR SUS RECLAMACIONES DE SEGURO MEDICO

La lista que empieza en la página siguiente contiene los nombres y direcciones de los intermediarios (o ''carriers'') de Medicare que manejan las reclamaciones de seguro médico de todo un Estado. Pero algunos intermediarios manejan reclamaciones para solamente parte de un Estado. Para averiguar adónde enviar su reclamación de seguro médico, busque en la lista el Estado *donde usted recibió los servicios.* Bajo el nombre del Estado encontrará el nombre del intermediario que manejará su reclamación. Si hay más de un intermediario en el Estado, busque el *condado* donde recibió los servicios para encontrar el intermediario que manejará su reclamación. (Vea la página 45 para saber cómo someter las reclamaciones de seguro médico.)

Si no está seguro dónde enviar su primera reclamación y ocurre que la envía a la oficina incorrecta, su reclamación será enviada al lugar que le corresponde.

Siempre que envíe una reclamación, no deje de incluir la palabra ''Medicare'' en la dirección del intermediario en el sobre. Además, no deje de poner *su* dirección postal y un sello en el sobre.

Después que usted hace una reclamación, el intermediario usualmente le envía otra solicitud del *Paciente para Pago de Medicare* para su próxima reclamación. La solicitud generalmente indica el nombre y dirección del intermediario en la esquina superior derecha. Si alguna vez tiene que hacer una reclamación de seguro médico y no tiene el modelo de solicitud, puede obtener uno llamando al intermediario de Medicare o a una oficina de Seguro Social.

*Aviso: Si usted tiene derecho a Medicare bajo el sistema de retiro ferroviario, envíe sus reclamaciones de seguro médico a ''The Travelers Insurance Company'' que sirve a su región. Las oficinas regionales de ''The Travelers'' están relacionadas en* Su Guía de Medicare para Beneficiarios de Retiro Ferroviario, *la cual se encuentra disponible en cualquier oficina de retiro ferroviario.*

**Alabama**
Medicare
Blue Cross-Blue Shield
of Alabama
P.O. Box C-140
Birmingham, Alabama 35283

**Alaska**
Medicare
Aetna Life & Casualty
200 S.W. Market
P.O. Box 1997
Portland, Oregon 97207

**Arizona**
Medicare
Aetna Life & Casualty
10000 N. 31st Avenue
P.O. Box 37200
Phoenix, Arizona 85069

**Arkansas**
Medicare
Arkansas Blue Cross and
Blue Shield
P.O. Box 1418
Little Rock, Arkansas 72203

**California**
*Condados de: Los Angeles, Orange, San Diego, Ventura, Imperial, San Luis Obispo, Santa Bárbara*
Medicare
Transamerica Occidental Life
Insurance Co.
Box 54905
Terminal Annex
Los Angeles, California 90054

*Resto del Estado:*
Medicare Claims Department
Blue Shield of California
Chico, California 95976

**Colorado**
Medicare
Blue Shield of Colorado
700 Broadway
Denver, Colorado 80273

**Connecticut**
Medicare
The Travelers
Insurance Co.
100 Barnes Road, North
P.O. Box 5005
Wallingford, Connecticut
06493

**Delaware**
Medicare
Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 65
Camp Hill, Pennsylvania
17011

**District of Columbia**
Medicare
Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 100
Camp Hill, Pennsylvania
17011

**Florida**
Medicare
Blue Shield of Florida, Inc.
P.O. Box 2525
Jacksonville, Florida 32231

**Georgia**
The Prudential Insurance Co. of America
Medicare Part B
P.O. Box 546
Buford, Georgia 30518

**Hawaii**
Medicare
Aetna Life & Casualty
P.O. Box 3947
Honolulu, Hawaii 96812

**Idaho**
Medicare
The Equitable Life Assurance Society
P.O. Box 8048
Boise, Idaho 83707

**Illinois**
Medicare Claims
Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 4422
Marion, Illinois 62959

**Indiana**
Medicare Part B
Associated Insurance Companies, Inc.
P.O. Box 7073
Indianapolis, Indiana 46204

**Iowa**
Medicare
Blue Shield of Iowa
636 Grand
Des Moines, Iowa 50307

**Kansas**
*Condados de: Johnson, Wyandotte*
Medicare
Blue Shield of Kansas City
P.O. Box 169
Kansas City, Missouri 64141

*Resto del Estado:*
Medicare
Blue Shield of Kansas
P.O. Box 239
Topeka, Kansas 66601

**Kentucky**
Medicare—Part B
Blue Cross and Blue Shield of Kentucky
100 East Vine St.
Lexington, Kentucky 40507

**Louisiana**
Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
7700 GRSI Ave.
Baton Rouge, Louisiana 70820

**Maine**
Medicare
Blue Shield of Massachusetts/Tri-State
P.O. Box 1010
Biddeford, Maine 04005

**Maryland**

*Condados de: Montgomery, Prince Georges*
Medicare
Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 100
Camp Hill, Pennsylvania 17011
*Resto del Estado:*
Maryland Blue Shield, Inc.
700 East Joppa Road
Towson, Maryland 21204

**Massachusetts**

Medicare
Blue Shield of Massachusetts, Inc.
55 Accord Park Drive
Rockland, Massachusetts 02371

**Michigan**

Medicare
Part B Michigan
Blue Cross/Blue Shield
P.O. Box 2201
Detroit, Michigan 48231

**Minnesota**

*Condados de: Anoka, Dakota, Filmore, Goodhue, Hennepin, Houston, Olmstead, Ramsey, Wabasha, Washington, Winona*
Medicare
The Travelers Insurance Company
8120 Penn Avenue, South
Bloomington, Minnesota 55431

*Resto del Estado*:
Medicare
Blue Shield of Minnesota
P.O. Box 43357
St. Paul, Minnesota 55164

**Mississippi**

Medicare
The Travelers Insurance Co.
P.O. Box 22545
Jackson, Mississippi 39205

**Missouri**

*Condados de: Andrew, Atchison, Bates, Benton, Buchanan, Caldwell, Carroll, Cass, Clay, Clinton, Daviess, DeKalb, Gentry, Grundy, Harrison, Henry, Holt, Jackson, Johnson, Lafayette, Livingston, Mercer, Nodaway, Pettis, Platte, Ray, St. Clair, Saline, Vernon, Worth*
Medicare
Blue Shield of Kansas City
P.O. Box 169
Kansas City, Missouri 64141

*Resto del Estado*:
Medicare
General American Life Insurance Co.
P.O. Box 505
St. Louis, Missouri 63166

**Montana**

Medicare
Blue Cross & Blue Shield of Montana, Inc.
P.O. Box 4310
Helena, Montana 59601

**Nebraska**

Medicare
Blue Shield of Iowa
P.O. Box 10479
Des Moines, IA 50306

**Nevada**

Medicare
Aetna Life & Casualty
P.O. Box 37230
Phoenix, Arizona 85069

**New Hampshire**

Medicare
Blue Shield of Massachusetts/Tri-State
P.O. Box 1010
Biddeford, Maine 04005

**New Jersey**

Medicare
The Prudential Insurance Co. of America
P.O. Box 3000
Linwood, New Jersey 08221

**New Mexico**

Medicare
Aetna Life & Casualty
P.O. Box 25500
Oklahoma City, OK 73125-0500

**New York**

*Condados de: Bronx, Columbia, Delaware, Dutchess, Greene, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster, Westchester*

Medicare
Empire Blue Cross & Blue Shield
P.O. Box 458
Murray Hill Station
New York, New York 10016

*Condado de Queens:*

Medicare
Group Health, Inc.
P.O. Box A966
Times Square Station
New York, New York 10036

*Resto del Estado:*

Medicare
Blue Shield of Western New York
P.O. Box 600
Binghamton, New York 13902-0600

**North Carolina**

The Prudential Insurance Co. of America
Medicare B Division
P.O. Box 2126
High Point, North Carolina 27261

**North Dakota**
Medicare
Blue Cross and Blue Shield
of North Dakota
4510 13th Avenue, S.W.
Fargo, North Dakota
58121-0001

**Ohio**
Medicare
Nationwide Mutual Insurance
Co.
P.O. Box 57
Columbus, Ohio 43216

**Oklahoma**
Medicare
Aetna Life & Casualty
701 N.W. 63rd Street
Suite 300
Oklahoma City, Oklahoma
73116-7693

**Oregon**
Medicare
Aetna Life & Casualty
200 S. W. Market St.
P.O. Box 1997
Portland, Oregon 97207

**Pennsylvania**
Medicare
Pennsylvania Blue Shield
Box 65
Camp Hill, Pennsylvania
17011

**Rhode Island**
Medicare
Blue Shield of Rhode Island
444 Westminster Mall
Providence, Rhode Island
02901

**South Carolina**
Medicare
Blue Cross & Blue Shield
of South Carolina
Claims Processing Unit
I-20 at Alpine Road
Drawer F
Columbia, South Carolina
29260-9987

**South Dakota**
Medicare Part B
Blue Cross & Blue Shield of
North Dakota
4510 13th Avenue, S.W.
Fargo, North Dakota
58121-0001

**Tennessee**
Medicare
The Equitable Life
Assurance Society
P.O. Box 1465
Nashville, Tennessee 37202

**Texas**
Medicare
Blue Cross & Blue Shield of
Texas, Inc.
P.O. Box 660031
Dallas, Texas 75266-0031

**Utah**
Medicare
Blue Cross and Blue Shield of Utah
P.O. Box 30270
2455 Parley's Way
Salt Lake City, Utah 84130-0270

**Vermont**
Medicare
Blue Shield of Massachusetts/Tri-State
P.O. Box 1010
Biddeford, Maine 04005

**Virginia**
*Condados de: Arlington, Fairfax, Ciudades de: Alexandria, Falls Church, Fairfax*
Medicare
Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 100
Camp Hill, Pennsylvania 17011

*Resto del Estado:*
Medicare
The Travelers Insurance Co.
P.O. Box 26463
Richmond, Virginia 23261

**Washington**
Medicare
Washington Physicians' Service
Envíela al:
Medical Service Bureau de su localidad
*Si no sabe qué oficina se ocupa de su reclamación, envíela a*:
Medicare Washington Physicians' Service
4th and Battery Bldg., 6th Floor
2401 4th Avenue
Seattle, Washington 98121

**West Virginia**
Medicare
Nationwide Mutual Insurance Co.
P.O. Box 57
Columbus, Ohio 43216

**Wisconsin**
Medicare
WPS
Box 1787
Madison, Wisconsin 53708

**Wyoming**
Equitable Life-Medicare
P.O. Box 628
Cheyenne, Wyoming 82003

**American Samoa**
Medicare
Aetna Life & Casualty
P.O. Box 3947
Honolulu, Hawaii 96812

**Guam**
Medicare
Aetna Life & Casualty
P.O. Box 3947
Honolulu, Hawaii 96812

**Puerto Rico**

Medicare
Seguros De Servicio De Salud
De Puerto Rico
Call Box MCA
Hato Rey, Puerto Rico 00918

**Virgin Islands**

Medicare
Seguros De Servicio De Salud
De Puerto Rico
Call Box MCA
Hato Rey, Puerto Rico 00918

Department of
Health and Human Services
Health Care Financing Administration
6325 Security Blvd.
Baltimore, Maryland 21207

Official Business
Penalty for Private Use $300

CMS LIBRARY
3 8095 00010852 8

U.S. Department of
Health and Human Services
Health Care Financing Administration
Publication No. HCFA-10950
1987